



POSITIONNEMENTS RESPECTIFS DU COLOSCANNER ET DE LA COLOSCOPIE

Suite à de récentes publications sur le coloscanner, les sociétés savantes de Gastro-Entérologie (SFED, SNFGE) et de Radiologie (SFR, SIAD), avec le soutien de l'INCA et de la HAS, ont souhaité informer conjointement la communauté médicale sur le positionnement de cette nouvelle technique.

La coloscopie, réalisée le plus souvent sous anesthésie générale en hospitalisation courte ou en ambulatoire est la technique de référence pour la détection des lésions de la paroi colique. Elle permet dans le même temps la résection puis l'analyse histologique de toute lésion retrouvée. Elle peut parfois être incomplète ou manquer des lésions en raison de leur situation derrière un angle ou un pli. Sa complication essentielle est la perforation qui est rare (0,1% pour une coloscopie diagnostique).

Le coloscanner associé à la reconstruction luminale en 3D appelée encore coloscopie virtuelle est réalisée en externe après une préparation colique contraignante, sur 24H, assez proche de celle de la coloscopie. Elle doit être pratiquée avec une faible dose de rayons X et par une équipe entraînée. Le risque de perforation est pratiquement nul lorsque l'insufflation se fait au CO² avec contrôle de la pression. Les grandes séries récemment publiées montrent qu'elle permettrait la détection des polypes du colon avec une sensibilité d'environ 90% pour les polypes de plus de 5 mm. Des lésions planes même de grande taille peuvent cependant être méconnues. Ce taux de détection, obtenu par des équipes performantes, serait ainsi comparable à celui de la coloscopie standard, examen de référence. L'utilisation d'un logiciel de détection automatisée des lésions est fortement recommandée.

Indications respectives de la coloscopie et du coloscanner

Avant tout il est important de préciser les règles actuelles de dépistage selon les 3 niveaux de risque :

1. Risque moyen correspondant à la population asymptomatique de plus de 50 ans et sans facteur de risque : HémoCult® à répéter tous les 2 ans jusqu'à 74 ans à l'exclusion de tout autre méthode, coloscopie ou imagerie. La coloscopie est indiquée si le test est positif.
2. Risque élevé ou haut risque si antécédent familial de cancer colorectal au premier degré (survenu avant 60 ans) ou antécédent personnel de tumeur recto-colique (adénome

ou cancer), MICI étendue évoluant depuis plus de 10 ans : coloscopie à renouveler tous les 3 ou 5 ans selon la présence ou non d'adénomes.

3. Très haut risque en cas de polyposse familiale et en cas de suspicion ou diagnostic de syndrome HNPCC : conseil génétique et surveillance par coloscopie avec coloration ou chromoendoscopie.

Jusqu'à présent, selon les recommandations de la HAS publiées en Avril 2004 sur les indications de l'endoscopie digestive basse en dehors du dépistage en population, le coloscanner était indiqué :

- en cas d'échec de la coloscopie,
- en cas de contre-indications à la coloscopie.

Il a été proposé récemment par certains experts américains de réaliser un coloscanner en première intention chez des patients à risque moyen ou à haut risque et de ne diriger vers la coloscopie que les patients qui auraient un ou plusieurs polypes de plus de 9 mm détectés par cet examen. Dans cette stratégie, les polypes de moins de 6 mm seraient volontairement négligés tandis que pour les polypes de 6 à 9 mm, on laisserait le choix au patient entre une surveillance par coloscanner ou une exérèse par coloscopie.

En France, cette stratégie de dépistage est considérée comme non validée du fait :

- de l'absence de données suffisantes pour recommander de laisser en place des polypes colorectaux (quelque soit leur taille)
- de l'absence de données suffisantes concernant la détection des lésions planes par le coloscanner
- de l'absence de validation sur de larges séries de la place du coloscanner en fonction des indications

En attendant une mise à jour des recommandations en partenariat avec la HAS, l'attitude préconisée par les sociétés savantes est donc la suivante :

- 1) Le dépistage en population (risque moyen) reste inchangé, basé sur l'Hemoccult®. Il n'est pas justifié de pratiquer en alternative une coloscopie ou un coloscanner.
- 2) Chez les patients à risque élevé, la coloscopie reste l'examen de référence à proposer en première intention.

Cependant, si après une information complète et loyale, une personne à risque élevé ou à dépistage fécal positif refuse la coloscopie, il est important de lui proposer une alternative performante qu'elle pourrait accepter. Aujourd'hui le coloscanner réalisé par une équipe entraînée entre dans ce cadre.

Le patient devra alors être clairement informé que la coloscopie permettrait la détection des lésions planes avec une meilleure sensibilité afin d'éviter que la responsabilité d'un médecin puisse être engagée en cas de lésion méconnue par le coloscanner. En cas de polypes détectés par le colo-scanner une résection par coloscopie sera recommandée quelque soit leur taille.